

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Ana Pačar

Povezanost traume iz djetinjstva sa somatizacijom u odrasloj dobi

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2017.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij psihologije

Ana Pačar

Povezanost traume iz djetinjstva sa somatizacijom u odrasloj dobi

Završni rad

Društvene znanosti, psihologija, zdravstvena psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2017.

Povezanost traume iz djetinjstva sa somatizacijom u odrasloj dobi

Sažetak

Cilj ovog rada je opisati odnos između traume u djetinjstvu i somatizacije na osnovu dostupne literature. Pri tome, u obzir su uzeti faktori koji mogu objasniti navedeni odnos te mehanizmi djelovanja u pozadini pojedinih faktora. Od spomenutih faktora najvažniji su nesigurni stilovi privrženosti: odbijajuća, preokupirajuća i bojažljiva privrženost. Istraživanja pokazuju pozitivnu povezanost između navedenih stilova privrženosti i somatizacije te istraživači smatraju kako upravo ovi stilovi privrženosti objašnjavaju posljedice trauma u djetinjstvu (Noyes i Stuart, 1999). Novija istraživanja bavila su se mehanizmima u pozadini nesigurnih stilova privrženosti kako bi se dublje upoznalo s posljedicama trauma u djetinjstvu. Cohen, Liu, Schulz i Waldinger (2011) u svome su istraživanju pokazali da su mehanizmi u pozadini nesigurnih stilova privrženosti koji doprinose razvoju somatizacije sklonost ka ljutnji, izražavanje ljutnje i/ili potiskivanje ljutnje. Najveći rizik za somatizaciju vezao se uz potiskivanje ljutnje. Osim trauma u djetinjstvu, stilova privrženosti i uloge ljutnje, istraživači su se bavili biološkim faktorima (genetska osnova temperamenta) i pojedinim dimenzijama ličnosti (neuroticizam) koje doprinose somatizaciji (Ahern, Barsky, Schulz i Waldinger, 2006; Akins, Brown i Rost, 1992). Na kraju rada, navedeno je nekoliko smjernica za buduća istraživanja s obzirom na dostupnu literaturu. Najveći naglasak je na otkrivanju i razumijevanju faktora koji potiču i održavaju somatske simptome kako bi se isti mogli prevenirati.

Ključne riječi: trauma u djetinjstvu, stilovi privrženosti, somatizacija, ljutnja

Sadržaj

Uvod	1
1. Povijest somatizacije.....	2
2. Mogući uzroci somatizacije.....	3
2.1. Rana životna iskustva.....	3
2.2. Bolest roditelja.....	4
2.3. Socijalni faktori.....	5
2.4. Trauma u djetinjstvu.....	5
3. Povezanost traume u djetinjstvu i somatizacije.....	6
3.1. Mehanizmi u pozadini traume u djetinjstvu.....	7
4. Privrženost.....	7
4.1. Iskustva u djetinjstvu, privrženost i somatizacija.....	8
4.2. Uloga privrženosti u objašnjavanju povezanosti traume u djetinjstvu i somatizacije.....	9
4.3. Praktične implikacije.....	10
5. Put od traume u djetinjstvu do somatizacije: uloga ljutnje.....	10
5.1. Stilovi privrženosti: uloga ljutnje.....	11
5.2. Somatizacija: uloga ljutnje.....	11
5.3. Uloga ljutnje u objašnjavanju povezanosti između nesigurnih stilova privrženosti i somatizacije.....	12
6. Korak dalje: je li somatizacija biološki uvjetovana.....	13
6.1. Postoji li tip личности predodređen za somatizaciju?.....	13
7. Buduća istraživanja.....	14
8. Zaključak.....	15
Literatura.....	16

Uvod

Procijenjeno je da između 30% i 60% pacijenata u zdravstvenoj skrbi ima somatske simptome koji nemaju medicinsku osnovu. Empirijska istraživanja navode da se radi o simptomima kao što je kronična bol, glavobolja te ginekološke, gastrointestinalne i miškulturne smetnje (Ahern i sur., 2006). Razvoj i održavanje ovakvih neobjašnjivih simptoma naziva se somatizacija, a pacijenti doživljene simptome promatraju kao ozbiljne zdravstvene probleme. Povijesno gledano, somatizacija, odnosno neurastenija kako se već tada nazivala, je početkom 20. stoljeća bila fenomen koji se najviše proučavao u Kini gdje je oko 80% medicinskih slučajeva i pacijenata imalo tu dijagnozu, a tada se smatralo kako je uzrok somatizacije nemogućnost pacijenata, posebice neobrazovanih, da precizno izraze svoje emocionalno stanje riječima.

100 godina kasnije, dostupna literatura o somatizaciji je nešto opširnija i jasno je kako je uzrok somatizacije složeniji i da seže dalje od smanjenih verbalnih sposobnosti. Naime, brojna istraživanja predlažu da štetna životna iskustva u djetinjstvu pridonose razvoju somatizacije u odrasloj dobi. Štetna životna iskustva u ranoj dobi mogu se odnositi na kroničnu bolest djeteta, bolest roditelja, konfliktne interpersonalne odnose i traume u djetinjstvu (Bass i Murphy, 1995). Posebno je naglašen korelacijski odnos između traume u djetinjstvu (seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje) i somatizacije u odrasloj dobi. No, iako postoji korelacijski odnos između traume u djetinjstvu i somatizacije u odrasloj dobi, nisu sasvim jasni ni poznati mehanizmi kojima traume u djetinjstvu dovode do kasnije somatizacije. U tom kontekstu, Noyes i Stuart (1999) predložili su postojanje internaliziranih shema osobe koje se odnose na stilove privrženosti, a koje su ključne na putu od traume iz djetinjstva do somatizacije u odrasloj dobi. Kasnije empirijska istraživanja potvrdila su da su nesigurni stilovi privrženosti (odbijajuća, preokupirajuća i bojažljiva) pozitivno povezani sa zlostavljanjem u djetinjstvu i čine osobu ranjivom na somatizaciju u odrasloj dobi. Cohen i sur. (2011) nadopunjuju ove spoznaje s podatkom da mehanizmi koji su odgovorni za razvoj somatskih simptoma, a koji djeluju u pozadini nesigurnih stilova privrženosti su sklonost ka ljutnji, izražavanje ljutnje i/ili potiskivanje ljutnje. Od svih spomenutih, najveći rizik za somatizaciju vezao se uz potiskivanje ljutnje.

S druge strane, treba napomenuti da mnogo ljudi koji imaju povijest trauma iz djetinjstva ne razvijaju nesiguran stil privrženosti. Isto tako, nesigurni stilovi privrženosti ne dovode u svakom slučaju do somatizacije u odrasloj dobi. Stoga se postavlja pitanje zašto pojedini ljudi koji su doživjeli traumu u djetinjstvu kasnije iskuse somatizaciju, a drugi ne? Neki istraživači pripisali su

to određenim biološkim faktorima kao što je genetska osnova temperamenta (Cohen i sur., 2011), drugi osobinama ličnosti i to neuroticizmu (Akins i sur., 1992).

Cilj ovoga rada je objasniti odnos između traume u djetinjstvu i somatizacije, navesti faktore koji mogu objasniti taj odnos (stilovi privrženosti) i opisati mehanizme djelovanja u pozadini (uloga ljutnje). No, kada se sve uzme u obzir, jasno je da su potrebna dodatna istraživanja ove tematike. Stoga bi se buduća istraživanja trebala usmjeriti na razumijevanje faktora koji potiču i održavaju ovakve simptome jer je to ključno za prevenciju i liječenje onih koji su zaprimljeni u medicinske ustanove radi njih (Ahern i sur., 2006).

1. Povijest somatizacije

Najvažnija istraživanja međukulturalne psihijatrije odnose se na depresivnost i somatizaciju, ispoljavanje slabijeg raspoloženja preko tjelesnih simptoma. Često se somatizacija naziva još “maskirana depresija”. Kao što je ranije spomenuto somatizacija (neurastenija) bila je fenomen koji se najviše proučavao u Kini gdje je većina medicinskih slučajeva imalo ovu dijagnozu. Somatizacija je odmah postala dio tradicionalne kineske medicine koja se bazira na funkcionalnoj neravnoteži vitalnih organa i poremećenoj “životnoj energiji” (Wolpert, 2009).

U svojoj knjizi Depresija (2009), Wolpert dalje opisuje kako su kineski liječnici smatrali kako većina pacijenata s dijagnozom neurastenije zapravo pati od teške depresije te da je podrijetlo ove bolesti sadržano u društvenim odnosima i neodvojivo je od njih. Mnogi kineski psihijatri smatrali su kako je podrijetlo depresije također sadržano u društvenim odnosima pojedinca. Prema tome, antidepresivi će problem riješiti tek djelomično, i to samo na manifestnoj, odnosno somatskoj razini. Da bi se problem riješio u potpunosti, potrebno je riješiti životne probleme koji su doveli do zdravstvenog problema. U tom smislu, kronični bolovi i somatizacija pacijenata mogu se promatrati kao socijalna manifestacija depresije. Ovakav transfer emocionalne boli u fizičku, u nekim je kulturama olakšalo pružanje medicinske pomoći. Naime, kada se ova bolest počela javljati, na mentalne bolesti se gledalo kao na “izmišljotine bogatog sloja” ili, još gore, kao slabost, nešto čega se treba sramiti. Stoga, ne začuđuje da su pacijenti iz toga vremena depresiju manifestirali somatizacijom bolesti.

Somatizacija se također javlja u drugim, nezapadnjačkim društvima (Peruu, Indiji, Turskoj, Iraku). Po svemu sudeći, moglo bi se zaključiti da su prvotni uzroci somatizacije strah od

stigmatizacije, s jedne strane, te nemogućnost pacijenata, posebice neobrazovanih, da precizno izraze svoje emocionalno stanje riječima, s druge strane.

U početku su se u liječenju koristili antidepresivi. Psihoterapija se gotovo nije primjenjivala. Glavni dio liječenja bio je osvještavanje članova obitelji o njihovoj ulozi u pružanju socijalne podrške. Prednosti takvog odnosa prema bolesniku su to što se netko o njemu brine, ali i to što obitelj na taj način uči razumjeti pacijenta te prirodu bolesti. Tako se zapravo dolazi do problema, odnosa u obitelji, koji su često uzrok bolesti, ali i lijek.

2. Mogući uzroci somatizacije

Nekoliko je teorija pokušalo objasniti podrijetlo somatizacije. U tom smislu, dva modela posebno su privukla pažnju u postavljanju vodećih hipoteza u ovom području. Prema prvom modelu, štetna iskustva u djetinjstvu doprinose razvoju somatizacije. Kada je dijete izloženo kroničnoj bolesti, bolesti roditelja ili traumi u djetinjstvu, povećava se rizik od somatizacije. Izloženost traumi, kao što je fizičko ili seksualno zlostavljanje, može predisponirati osobu da na stres reagira somatizacijom. Prema drugom modelu, somatizacija je oblik neprilagođenog suočavanja sa stresom. Primjerice, ako se osoba, prilikom suočavanja sa bolesti bliske osobe, ne stigne dovoljno posvetiti osobnim problemima, onda se mogu razviti fizički simptomi (Noyes i Stuart, 1999). S obzirom na to, moglo bi se reći da negativna iskustva u djetinjstvu imaju snažan utjecaj na kasniji razvoj somatizacije te su u nastavku rada ovi procesi preciznije objašnjeni.

2.1. Rana životna iskustva

Istraživanja pokazuju da pacijenti sa somatizacijom češće izvještavaju o prisutnosti bolesti u djetinjstvu nego pacijenti s drugim poremećajima. Oko 20% pacijenata sa somatizacijom izvještava o prisutnosti kronične bolesti koja se javila prije njihove 16. godine starosti. Osim javljanja bolesti, ključna je reakcija roditelja na tu bolest. Naime, postoje empirijski nalazi da je reakcija roditelja na bolest njihovog djeteta povezana sa somatizacijom djeteta u odrasloj dobi. U tom kontekstu, pacijenti sa somatizacijom češće izjavljuju o selektivnoj brizi od strane roditelja. Drugim riječima, roditelji su im pružili fizičku njegu, no ne i emocionalnu brigu. Manjak emocionalne brige može rezultirati smanjenom sposobnosti djeteta da se emocionalno nosi s problemima kasnije u životu jer ga nije imao tko tome poučiti (Bass i Murphy, 1995). Ne znajući se emocionalno nositi s problemom, problem će na površinu “isplivati” somatskim putem. Drugi aspekti neadekvatnog roditeljstva također mogu doprinijeti somatizaciji. Pacijenti sa

somatizacijom češće doživljavaju iskustvo gubitka tijekom ranog djetinjstva, u prvom redu gubitak roditelja ili skrbnika, konflikte u interpersonalnim odnosima te slabiju majčinsku brigu u odnosu na pacijente s drugim poremećajima (Abbey, Gillies i Mallouh, 1995; prema Noyes i Stuart, 1999). Prema Craigu (1978; prema Noyes i Stuart, 1999) somatizaciju najbolje objašnjava neadekvatna roditeljska skrb i bolest u djetinjstvu. Naime, neadekvatna roditeljska skrb u djetinjstvu može dovesti do psihopatologije u periodima većeg stresa kasnije u životu jer dijete nije imalo od koga naučiti konstruktivne strategije suočavanja sa stresom. Drugo, bolest djeteta može predstavljati svojevrsan “spas” od zanemarivanja i/ili zlostavljanja te način kako pridobiti željenu pažnju ravnodušnih roditelja.

2.2. Bolest roditelja

Prema teoriji socijalnog učenja, ponašanje djece u najvećoj mjeri modeliraju roditelji. U slučaju bolesti jednoga od roditelja, dijete promatra reakcije roditelja na bolest i samo usvaja takve bihevioralne strategije. U skladu s time, istraživanja pokazuju da pacijenti sa somatizacijom češće izvještavaju o roditeljima koji su bili fizički bolesni, nego pacijenti s drugim psihičkim poremećajima (Noyes i Stuart, 1999). U tom smislu, somatizacija može biti naučen obrazac ponašanja koje je dijete usvojilo u formativnim godinama. Takvi obrasci ponašanja mogu se manifestirati već u adolescentnoj dobi. Johnson, Morgan i Sanford (1992; prema Noyes i Stuart, 1999) su to potvrdili uočivši kako su adolescenti, čiji su roditelji fizički bolesni, imali više somatskih simptoma u odnosu na druge adolescente. Slične rezultate dobili su Jamison i Walker (1992; prema Noyes i Stuart, 1999) koji su proučavali djecu čiji su roditelji imali kronične bolove. Ovi rezultati ukazuju na povezanost između broja somatskih simptoma i bolesti roditelja. Nadalje, osim fizičkih bolesti, istraživanja pokazuju da roditelji djece sa somatizacijom često imaju različita mentalna oboljenja. Lewis, Poll i Volkmar (1984) navode da 44% pacijenata sa somatizacijom ima nekoga u obitelji s mentalnom bolešću. Sukladno tome, Goodyer (1981; Noyes i Stuart, 1999) navodi da 73% pacijenata sa somatizacijom ima članove uže obitelji koji boluju od neke psihijatrijske bolesti poput alkoholizma, antisocijalnog poremećaja ličnosti, poremećaja ponašanja ili poremećaja pažnje. S obzirom na ovakve rezultate, neizbježno je pitanje doprinosa genetike i okoline na somatizaciju. Istraživanja provedena na blizancima upućuju da se ne radi o snažnoj genetskoj predisponiranosti. Dakle, reklo bi se da se radi o interakciji genetskih i okolinskih faktora pri čemu genetski faktori prvenstveno doprinose predisponirajućim osobinama ličnosti za određeno ponašanje.

2.3. Socijalni faktori

Uz prethodno spomenuto socijalno učenje, važna je socijalna okolina u kojoj se ponašanje odvija. Mlada osoba koja je bolesna često traži podršku od svoje interpersonalne okoline. Ta podrška može biti u vidu razumijevanja boli kroz koju ona prolazi. Razumijevanje ili nedostatak razumijevanja uvelike utječe na to kako će osoba iskomunicirati svoju bol, što potom utječe na reakciju roditelja ili skrbnika. Prema tome, socijalna okolina i način izražavanja boli su u dvosmjernom odnosu (Nayes i Stuart, 1999).

Osoba je često suočena s neodobravanjem, nedovoljno podrškom okoline ili se zbog vlastitog straha ne usudi reći što je zaista muči, psihički. Potaknuti time, stručnjaci za obiteljske odnose često opisuju somatizaciju kao “bijeg” od stvarnog problema na način da se osoba i njena obitelj fokusiraju na tjelesne simptome, umjesto na stvaran, psihički problem.

Filozofski gledano, somatizacija bi se mogla promatrati kao svojevrsni rascjep između tijela i duše. Kada osoba nije u mogućnosti riješiti problem na mentalnoj razini, problem će sam početi “tražiti” svoj izlaz, u ovome slučaju na fizičkoj razini u vidu kroničnih bolova, glavobolje i slično. U tom kontekstu, psihoanalitičari, koji su prvi uveli pojam somatizacije, opisujući ju kao proces u kojem obrambeni mehanizmi potiskuju anksioznost i prijeteci materijal sprječavajući ga da dođe do svjesnog dijela uma te doprinose da se ta napetost neizravno manifestira na fizičkoj razini u vidu tjelesnih simptoma. Ako se to opetovano događa, postoji opasnost da ovakvi pokušaji “mentalnog bijega” prerastu u strategije suočavanja u odrasloj dobi.

2.4. Trauma u djetinjstvu

Od svih potencijalnih uzroka somatizacije, najistaknutije su traume u djetinjstvu i prvi ih je u tom kontekstu spomenuo Freud (1910). Pod traumama u djetinjstvu najčešće se misli na seksualno i fizičko zlostavljanje. Premda stručnjaci navode kako se ova dva oblika traume nerijetko javljaju istovremeno, u djetinjstvu je ipak češće seksualno zlostavljanje. Istraživanja su pokazala da je 55% žena sa somatizacijom izjavilo o neželjenom seksualnom kontaktu u djetinjstvu, u usporedbi sa 16% žena koje imaju afektivne poremećaje. Slično tome, Coryell i Norton (1981; prema Noyes i Stuart, 1999) u svome su istraživanju naveli da je zastupljenost seksualnog zlostavljanja veća kod pacijenata sa somatizacijom nego kod pacijenata s afektivnim poremećajima, a Dinwiddie i Pribor (1992; prema Noyes i Stuart, 1999) izvještavaju o visokom postotku somatizacije (14%) u odnosu na druge poremećaje među ženama koje su doživjele incest u djetinjstvu. Neovisno o obliku zlostavljanja, preživjeli kasnije imaju veće fizičke i psihološke probleme te veću sklonost

ka zloupotrebi alkohola nego žene koje nemaju povijest zlostavljanja. Od somatskih simptoma koji se javljaju najčešće su glavobolje, bol u zdjelici i probavne smetnje.

Osim navedenih oblika zlostavljanja, traume u djetinjstvu uključuju emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje (Halligan, Seremetis, Spertus, Yehuda i Wong, 2003). Halligan i suradnici u svome su istraživanju ispitali utjecaj emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu na psihološke i somatske simptome kod odraslih žena koji su pod primarnom zdravstvenom skrbi. Rezultati istraživanja potvrdili su snažnu povezanost između emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu i različitih emocionalnih i fizičkih problema u odrasloj dobi. Konkretno, emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje može značajno usporiti osobni razvoj osobe i rezultirati slabom brigom o sebi te različitim neprilagođenim ponašanjima. Zbog svega navedenoga, osoba može usvojiti kompleks manje vrijednosti, negativna uvjerenja o sebi i samoeфикаsnosti čime se stvara začarani kruh između emocionalnog zlostavljanja, somatizacije i emocionalne nestabilnosti koji neizbježno vode jedno ka drugome.

3. Povezanost traume u djetinjstvu i somatizacije

Klinička istraživanja u ovome području prvenstveno su se usmjerila na povezanost između zlostavljanja u djetinjstvu i somatizacije, točnije kroničnih bolova u odrasloj dobi. Niti jedno istraživanje nije se bavilo odnosom zlostavljanja u odrasloj dobi i kroničnih bolova. Naime, procijenjeno je kako 15-52% američkih djevojaka prijavljuje zlostavljanje, navodeći kako se zlostavljanje nastavlja u odrasloj dobi. Isto, ono je češće u toj skupini nego kod njihovih vršnjakinja koje nisu bile zlostavljane u djetinjstvu (Noyes i Stuart, 1999).

U svrhu dobivanja šire slike o podrijetlu somatizacije u kontekstu traume, Flowe-Valencia, Green, Rosenblum i Tait (2001) osim što su ispitali odnos između zlostavljanja u odrasloj dobi i kronične boli, također su ispitali utjecaj ponovljenog zlostavljanja na javljanje kronične boli. Istraživači su prikupili cjeloživotnu povijest sudionica koje su bile zlostavljane i imale kronične bolove te deskriptivne podatke o čestini zlostavljanja u djetinjstvu i odrasloj dobi. Rezultati istraživanja pokazali su da je gotovo polovina žena u uzorku doživjela zlostavljanje i to seksualno zlostavljanje. Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima koje su dobili Caldirola, Doerr i Gross (1980; prema Flowe-Valencia i sur., 2001) o visokoj incidenciji incesta, psihopatologije i obiteljske disfunkcije među ženama koje su hospitalizirane zbog kroničnih bolova u zdjelici. Nadalje, iz skupine zlostavljanih žena gotovo polovina je bila zlostavljana u djetinjstvu ali i

odrasloj dobi. Drugim riječima, među ženama koje su zlostavljane i liječene u bolnici zbog kroničnih bolova, svaka druga izjavljuje o ponavljanom fizičkom i seksualnom zlostavljanju. U skladu s time, žene koje su zlostavljane izvijestile su o značajno većem broju somatskih simptoma. Imajući to u vidu, povećana simptomatologija zlostavljanih žena može biti objašnjenje njihove teže prilagodbe na kronične bolove i većeg zahtjevanja medicinske skrbi u odnosu na žene koje nisu zlostavljane, a imaju kronične bolove. Nadalje, rezultati pokazuju da ne postoje značajne razlike u simptomatologiji između žena koje su doživjele zlostavljanje u djetinjstvu i žena koje su doživjele zlostavljanje u odrasloj dobi, no uočeno je povećanje simptoma kod žena koje su opetovano zlostavljane, u djetinjstvu i odrasloj dobi. Veći broj simptoma odnosio se na anksioznost i sklonost ka zloupotrebi opojnih sredstava.

3.1. Mehanizmi u pozadini traume u djetinjstvu

Osobe izložene zlostavljanju i zanemarivanju u djetinjstvu s vremenom postaju ranjive i snažno zabrinute u vezi svoga tjelesnog zdravlja kasnije u životu. S vremenom počinju razvijati internalne sheme o sebi i drugima, a doživljena trauma značajno utječe na taj proces. Spomenute internalne sheme nastaju uslijed opetovanih reakcija između djeteta i roditelja te s vremenom prerastaju u stil privrženosti. U tom kontekstu, postoji empirijski dokazana povezanost između traume u djetinjstvu i nesigurnih stilova privrženosti u odrasloj dobi. Stalker i Davies (1995) u svome su istraživanju uočili visok postotak nesigurnih stilova privrženosti među osobama koje su u djetinjstvu seksualno zlostavljane. Prema tome, moglo bi se pretpostaviti da je stečeni stil privrženosti jedan od mehanizama u pozadini trauma u djetinjstvu što ima implikacije na razvoj i tijek somatizacije.

4. Privrženost

Bowlby (1969; prema Ahern, Barsky, Schulz i Waldinger, 2006) je prvi predložio kako opetovane interakcije između djeteta i roditelja rezultiraju obrascima ponašanja koje dijete usvaja, a koji su vezani uz traženje i dobivanje brige od roditelja. Opisani obrasci ponašanja s vremenom prerastaju u stil privrženosti. Stil privrženosti je relativno trajna karakteristika pojedinca koja oblikuje očekivanja osobe vezana uz sebe i važne druge, one o kojima osoba ovisi poput članova obitelji, romantičnih partnera i liječnika. Bartholomew i Horowitz (1992; prema Ahern i sur., 2006) prvi su empirijski provjerili i potvrdili klasifikacijski sustav stilova privrženosti. Prema klasifikacijskom sustavu privrženosti, razlikuju se dva osnovna stila privrženosti: sigurni i nesigurni. Nesigurni stilovi privrženosti uključuju tri oblika privrženosti: odbijajuća,

preokupirajuća i bojažljiva privrženost. Svaki navedeni stil privrženosti oblikuje sliku o sebi i sliku o drugima.

Osobe s odbijajućim stilom privrženosti sebe vide kao samodostatne, a druge smatraje nepouzdanima budući da im roditelji nisu pružili potrebnu brigu u djetinjstvu.

Osobe s preokupirajućim stilom privrženosti sebe vide kao nevoljenu osobu koja ne zaslužuje brigu drugih osoba budući da su im roditelji ponekad pružali potrebnu brigu, ponekad ne. Nedosljednost u pružanju brige interpretirana je kao osobna krivica što može dovesti do kompleksa manje vrijednosti. To se u odrasloj dobi manifestira na način da osoba postaje “ovisna” u odnosima neprestano tražeći od drugih brigu i njegu.

Osobe s bojažljivim stilom privrženosti imaju izrazito negativnu sliku o sebi i drugima jer su u djetinjstvu doživjeli česta odbijanja od strane njima važnih osoba.

U skladu s postavljenim modelom, u istraživanjima je pronađena povezanost između nesigurnih stilova privrženosti i broja somatskih simptoma. Primjerice, Goldberg, Mann, Taylor i White (2000; prema Ahern i sur., 2006) u svome su istraživanju anketirali 2000 pacijenata koji su bili pod primarnom zdravstvenom skrbi. Rezultati anketa pokazali su da su pacijenti s nesigurnim stilovima privrženosti skloniji doživljavanju većeg broja medicinski neobjašnjivih simptoma u odnosu na pacijente sa sigurnim stilom privrženosti.

4.1. Iskustva u djetinjstvu, privrženost i somatizacija

Negativna iskustva u djetinjstvu poput, primjerice, kronične bolesti, oblikuju stilove privrženosti koje osoba razvija u odrasloj dobi. Konkretno, kronična bolest narušava djetetov osjećaj samodostatnosti i tjelesnog integriteta stvarajući shemu o sebi kao netko kome je potrebna briga. Dodatno, manjak roditeljske brige tijekom bolesti ili zlostavljanje u djetinjstvu mogu smanjiti samopoštovanje djeteta i doprinijeti stvaranju sheme o sebi kao o nekome tko ne zaslužuje brigu. Ukoliko dijete dobiva željenu pažnju i brigu samo onda kada je bolesno, ono će naučiti da se briga dobiva samo pod uvjetom bolesti. Djeca s takvim iskustvom ubrzo nauče nesvjesno koristiti fizičku bol u svrhu prikrivanja emocionalnih problema. U skladu s time, u odrasloj dobi češće govore o doživljenoj fizičkoj boli, a zapravo indirektno govore o emocionalnim problemima. Ovakvo zbunjujuće ponašanje dovodi do neučinkovite interpersonalne komunikacije zbog čega se pacijenti sa somatizacijom teže nose s interpersonalnim kontaktima i manje toleriraju stresne situacije. Konstantno zahtjevanje fizičke njege zapravo je izraz anksioznosti i psihičkih problema. S druge strane, liječnici im ne mogu pružiti adekvatnu njegu budući da ne postoji medicinsku

objašnjenje za njihovo stanje. Posljedično su ovakvi pacijenti još nezadovoljniji te dolazi do obostrane frustracije.

4.2. Uloga privrženosti u objašnjavanju povezanosti između traume u djetinjstvu i somatizacije u odrasloj dobi

Empirijski potvrđene veze između trauma u djetinjstvu i somatizacije, trauma u djetinjstvu i privrženosti te između privrženosti i somatizacije, navelo je istraživače Ahern i suradnike (2006) da sve navedene odnose povežu u jedan model koji su potom testirali. Glavna pretpostavka njihovog istraživanja bila je da nesigurna privrženost moderira odnos između traume u djetinjstvu i broja somatskih simptoma u odrasloj dobi. Prema ovoj hipotezi, trauma u djetinjstvu potiče razvoj nesigurnog stila privrženosti koji podrazumijeva očekivanja osobe da važni drugi neće ispuniti njene emocionalne potrebe. Ovakva očekivanja s vremenom dovode do alternativnog “rješenja”, razvoja somatskih simptoma čija je svrha privlačenje željene pažnje i brige drugih.

Istraživanje je provedeno na 100 sudionika koji su bili prosječne osobe. Uzorak su u većini činile žene s povijesti zlostavljanja u djetinjstvu i parovi s povješću nasilja. Podaci o zlostavljanju, privrženosti i somatizaciji prikupljeni su putem upitnika te su provedeni individualni intervjui sa svakim sudionikom.

Rezultati istraživanja dobiveni za žene potvrđuju postavljenu hipotezu prema kojoj nesigurna privrženost objašnjava povezanost između traume u djetinjstvu i somatizacije u odrasloj dobi. Konkretno, spomenutu povezanost najsnažnije objašnjava bojažljiva privrženost. Naime, dijete koje je zlostavljano od strane roditelja ili skrbnika može biti posebno sklono viđenju sebe kao nekoga tko nije vrijedan podrške i brige drugih važnih ljudi. Štoviše, druge vidi kao nepouz dane i potencijalno opasne. Ukoliko je dijete bilo zanemareno, ono može usvojiti uvjerenje da su emocionalne potrebe nešto neželjeno što udaljava važne druge od njega. Takvo uvjerenje može navesti dijete da svede emocionalne potrebe na minimum i preusmjeri fokus na tjelesne potrebe. U tom kontekstu, ono može razviti medicinski neobjašnjive simptome u svrhu dobivanja željene brige od važnih drugih.

Rezultati dobiveni za muškarce nisu potvrdili postavljenu hipotezu. Međutim, traume u djetinjstvu i nesiguran stil privrženosti bili su značajni prediktori rezultata na upitniku koji je mjerio somatizaciju.

4.3. Praktične implikacije

S obzirom da je ovo istraživanje prvo koje testira model kojim se pokušava objasniti kako trauma u djetinjstvu dovodi do somatizacije u odrasloj dobi, ono može imati važne kliničke implikacije. Ljudi koji traže njegu za simptome koji su medicinski neobjašnjivi nerijetko su neprilagođeni i teški u ophođenju prema svojim liječnicima. S jedne strane, zahtijevaju intenzivnu brigu kako bi izliječili simptome, a druge strane liječnici ne pronalaze organsku osnovu za iste i nisu im u mogućnosti pomoći. Takav slijed događaja neizbježno dovodi do uzajamne frustracije i neriješive situacije, a simptomi ostaju. S obzirom na dobivene rezultate budućnosti je moguće organizirati preventivne programe kako bi se bolje upoznalo sa stanjem ovakvih pacijenata. Primjerice, kada zaprimaju ovakve pacijente, liječnici bi mogli provjeriti njihovu povijest zlostavljanja u svrhu senzibilizacije. Senzibilizacija je izrazito važna u ovom kontekstu jer ovakvi pacijenti mogu imati strah od fizičkog kontakta pa samim time i od fizičkih medicinskih pregleda te drugih sličnih postupaka. Ovakvi strahovi, ukoliko se ne uzmu u obzir, mogu biti prijetnja za odnos između liječnika i pacijenta te za ishod liječenja. Osim provjere povijesti zlostavljanja, liječnici bi trebali provjeriti stil privrženosti pacijenata sa somatizacijom. Upoznavanje sa stilom privrženosti pacijenta, liječnik može stvoriti povoljniju suradničku klimu koja će smanjiti strahove i zadovoljiti potrebe nesigurno privrženih pacijenata. Primjerice, osoba s izbjegavajućim stilom privrženosti može biti izrazito zabrinuta kako je njen liječnik neće shvatiti ozbiljno te da joj samim time neće pružiti adekvatnu njegu. Ukoliko je upoznat s ovim stilom privrženosti, liječnik može spriječiti ovakve probleme na samom početku. Prema tome, istraživači posebno naglašavaju suradnički odnos između liječnika i pacijenta. Pri tome, potrebno je pažljivo razlikovati stilove privrženosti i traume u djetinjstvu kako bi se svakom pacijentu moglo pristupiti na prikladan način.

5. Put od traume u djetinjstvu do somatizacije: uloga ljutnje

Prethodna istraživanja su pokazala da nesigurna privrženost ima važnu ulogu u objašnjavanju povezanosti između trauma u djetinjstvu i somatizacije u odrasloj dobi. Međutim, ostaju nepoznati mehanizmi preko kojih nesigurna privrženost posreduje. Istraživanja su pokazala kako je sklonost ka negativnim emocijama i potiskivanje negativnih emocija povezano sa somatoformnim poremećajima u koje spada i somatizacija (Cohen i sur., 2011). Sklonost ka ljutnji je specifičan oblik negativne emocionalnosti. Spielberger (1985; prema Cohen i sur., 2011) je u svome istraživanju definirao sklonost ka ljutnji kao stabilnu osobinu ličnosti te za osobe kod kojih je izražena postoji širok raspon situacija koje predstavljaju poticaj za ljutnju zbog čega u širem rasponu situacija doživljavaju ljutnju u odnosu na osobe koje nisu sklone ka ljutnji. Opisao je dvije

dimenzije izražavanja ljutnje: sklonost ka ljutnji i potiskivanje ljutnje. U tom kontekstu, sklonost ka ljutnji i potiskivanje mogu biti mehanizmi u pozadini nesigurne privrženosti kojima je moguće objasniti povezanost između nesigurnog stila privrženosti i somatizacije na način da nesiguran stil privrženosti povećava sklonost ka ljutnji i potiskivanju ljutnje što potom dovodi do somatizacije.

5.1. Stilovi privrženosti: uloga ljutnje

Postoje empirijski dokazi o povezanosti između stilova privrženosti i sklonosti ka ljutnji te između stilova privrženosti i specifičnih oblika izražavanja ljutnje. Primjerice, Mikulincer (1998; prema Cohen i sur., 2011) navodi kako se osobe s nesigurnim stilovima privrženosti lakše i brže naljute u odnosu na osobe sa sigurnim stilom privrženosti. Ahern i suradnici (2006) su u svome istraživanju predstavili teoriju prema kojoj strah od odbijanja može navesti osobe s nesigurnim stilom privrženosti da potisnu ljutnju. Teoriju su provjerili i potvrdili Kidd i Sheffield (2005) čije istraživanje je pokazalo da osobe s anksioznom i izbjegavajućom privrženosti postižu veće rezultate na mjerama potiskivanja ljutnje u odnosu na sigurno privržene osobe.

5.2. Somatizacija: uloga ljutnje

Prethodna istraživanja pokazuju da ljutnja ima implikacije na povezanost između nesigurne privrženosti i somatizacije. Koh (2005; prema Cohen i sur., 2011) je u svome istraživanju ove tematike anketirao 50 pacijenata sa somatoformnim poremećajima, pri čemu su rezultati ankete pokazali su kako je potiskivanje ljutnje prediktor za somatizaciju. Sklonost ka izražavanju ljutnje također je empirijski povezana sa somatizacijom (Manzoni i Molinari, 2006; prema Cohen i sur., 2011). Nadalje, u istraživanju koje je provedeno na 100 pacijenata koji su preživjeli srčani infarkt, uočena je pozitivna povezanost između somatizacije i neprilagođene ličnosti s tim da je neprilagođena ličnost definirana kao tendencija osobe da osjeća i potiskuje ljutnju.

5.3. Uloga ljutnje u objašnjavanju povezanosti između nesigurnih stilova privrženosti i somatizacije

Prethodna istraživanja nisu se bavila ulogom ljutnje u objašnjavanju mehanizama nesigurne privrženosti i razvoja somatizacije u odrasloj dobi. Međutim, Feeney i Ryan (1994; prema Cohen i sur., 2011) u svome su istraživanju pokazali da negativna emocionalnost može objasniti povezanost između preokupirajuće privrženosti i somatizacije, no nisu izdvojili ljutnju od negativne emocionalnosti. Kidd i Sheffield (2005) ranije su istraživali utjecaj potiskivanja ljutnje u kontekstu bojažljive privrženosti i somatizacije, no upitna je ekološka valjanost njihovog istraživanja.

Cohen i suradnici (2011) to su promijenili ispitavši ulogu ljutnje (sklonost ka ljutnji i potiskivanje ljutnje) u objašnjavanju stilova privrženosti i somatizacije. Budući da su prethodna istraživanja pokazala kako su su preokupirajuća i bojažljiva privrženost povezane sa somatizacijom, postavila se hipoteza prema kojoj će ovi nesigurni stilovi privrženosti biti povezani s većim potiskivanjem ljutnje i većom sklonosti ka ljutnji kojima se posljedično može objasniti povezanost između stilova privrženosti i somatizacije. Istraživanje je provedeno na 100 sudionika koji su predstavljali opću populaciju.

Rezultati koji su se dobili djelomično su potvrdili hipoteze. Naime, sklonost ka ljutnji objašnjava povezanost između bojažljive privrženosti i somatizacije kod muškaraca, dok potiskivanje ljutnje objašnjava navedenu povezanost kod žena. Objašnjenje rezultata odnosi se na samu prirodu bojažljive privrženosti. Osobe s takvim stilom privrženosti imaju negativnu sliku o sebi kao o nekome tko ne zaslužuje ljubav i brigu drugih, a druge percipiraju kao nepouzdanu pojedincima. Takva slika sebe i drugih potaknuta je višestrukim odbijanjem tijekom života od strane važnih drugih. Imajući to u vidu, ne začuđuje da bi ovakvi pojedinci mogli biti skloniji ljutnji nego drugi sa sigurnim ili izbjegavajućim stilom privrženosti koji su vjerojatnije doživjeli više pozitivnih iskustava vezanih uz roditelje. Nadalje, sklonost ka ljutnji koja se odnosi specifično na muškarce može biti povezana s društvenom slikom muškarca u društvu kojeg se percipira kao dominantnog i snažnog. Sklonost ka ljutnji ne odudara značajno od takve percepcije. S druge strane, izražavanje ljutnje od strane žene značajno se odudara od društvene slike žene koja se zasniva na ulozi majke koja treba biti nježna i strpljiva. U tom kontekstu, potiskivanje ljutnje kod žena moglo bi se objasniti činjenicom da se izražavanje ljutnje općenito smatra socijalno nepoželjno ili neprimjereno ponašanje za ženu. Stoga, potiskivanje ljutnje i drugih negativnih emocija može potaknuti kompenzatorni mehanizam koji omogućava osobi da se požali na tjelesne probleme kada već ne može na emocionalne.

Konačno, treba istaknuti praktične implikacije ovog istraživanja glede psihijatrijskog liječenja medicinski neobjašnjivih simptoma koji se javljaju u stanju somatizacije. Kako su stilovi privrženosti relativno trajna obilježja pojedinca, teško ih je mijenjati. Stoga bi bilo korisnije kada bi psihijatri ili psihoterapeuti pokušali pacijenta poučiti prilagođenim upravljanjem ljutnjom. Intervencije za žene mogle bi uključivati poučavanje žena sa nesigurnim stilom privrženosti kako da konstruktivno izražavaju svoju ljutnju kada se nađu u situaciji koja kod njih izaziva ljutnju. Intervencije za muškarce mogle bi uključivati poučavanje o učinkovitim strategijama predviđanja situacija koje izazivaju ljutnju na osnovu prethodnog iskustva. Predviđanje takvih situacija, omogućit će im da takve situacije nauče izbjegavati što smanjuje vjerojatnost doživljavanja ljutnje.

Ukratko, usvajanje ovakvih strategija može pomoći pojedincima da smanje čestinu i intenzitet doživljene ljutnje što u konačnici smanjuje vjerojatnost somatizacije.

6. Korak dalje: je li sklonost ka somatizaciji biološki uvjetovana?

Istraživanja pokazuju da trauma u djetinjstvu ne dovodi nužno do razvijanja nesigurnog stila privrženosti, no, ukoliko do toga dođe, također nije nužno da će svi pojedinci s nesigurnim stilom privrženosti razviti somatizaciju. U tom kontekstu, postoje dokazi o određenim biološkim i psihološkim faktorima koji mogu zaštititi pojedince od negativnih posljedica izloženosti traumi u djetinjstvu. Konkretno, istraživanja pokazuju da genetska osnova temperamenta i iskustva u odrasloj dobi utječu na to kako će osoba percipirati rane životne stresore. Prema tome, trauma u djetinjstvu predstavlja rizičan faktor za razvoj nesigurnog stila privrženosti koji pak predisponira osobu za somatizaciju. Međutim, postoje biološki, psihološki i socijalni zaštitni faktori kojima se to može

6.1. Postoji li tip ličnosti predodređen za somatizaciju?

Prema nekim autorima, somatizacija može biti manifestacija patologije ličnosti. Obrada anketnih rezultata pokazala je da više od pola britanske psihijatara smatra kako je somatizacija velikim dijelom i poremećaj ličnosti. Vezano uz to, Kaminsky i Slavney (1976) naveli su da somatizaciju ne karakterizira nužno broj i opasnost medicinski neobjašnjivih simptoma koje osoba doživljava, već sklonost ka dramatičnom i upornom žaljenju na iste.

Klinička istraživanja konzistentno pokazuju vezu između poremećaja ličnosti i poremećaja somatizacije. Primjerice, Akins i sur. (1992) proučavali su pacijente sa somatizacijom koji su zaprimljeni u bolnicu te identificirao poremećaje ličnosti kod 61% pacijenata. Najčešći identificirani poremećaji ličnosti bili su paranoidni, izbjegavajući, samo-poražavajući i opsesivno-kompulzivni poremećaj. U tom pogledu, u jednoj britanskoj studiji pacijenata sa somatizacijom koji su hospitalizirani, poremećaji ličnosti dijagnosticirani su kod 72% pacijenata te su mnogi od njih zadovoljavali kriterije za više od jednog poremećaja ličnosti. Granični poremećaj ličnosti također je čest među osobama sa somatizacijom. Međutim, ostaje nepoznato predisponira li poremećaj ličnosti osobu za somatizacijski poremećaj ili poremećaji ličnosti nastaju uslijed neprilagođenog nošenja s kroničnom prirodom somatizacije.

Vezano uz same osobine ličnosti pacijenata sa somatizacijom, često se spominje njihovo neprimjereno, pa čak nepristojno ponašanje prema liječnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima

pri čemu se često radi o pacijentovom izražavanju pretjerane ljutnje, ogorčenosti i nepovjerenja prema zdravstvenim djelatnicima. Ovakve epizode češće se događaju upravo kod pacijenata sa somatizacijom nego kod pacijenata koji boluju od drugih poremećaja što je još jedan od razloga zašto se sumnja na poremećaj ličnosti kada je u pitanju somatizacija. Pri tome, stručnjaci izdvajaju neuroticizam kao važnu dimenziju ličnosti koja doprinose ovakvom ponašanju.

7. Buduća istraživanja

Kada govorimo o somatizaciji tada govorimo i o specifičnim pacijentima čiji se simptomi često ne podudaraju s pravom prirodom bolesti. Stoga bi se buduća istraživanja prvenstveno trebala usmjeriti na prepoznavanje somatizacije i razumijevanje njenog uzroka. To je moguće samo ukoliko među stručnjacima postoji interdisciplinarna suradnja. Radeći zajedno, liječnici, psihijatri i psihoterapeuti lakše će iznaći put ka rješenju somatskih simptoma koji često nadmašuju granice organskog, a to je ujedno područje djelovanja psihijatar i psihoterapeuta. Konkretno, istraživanja bi se trebala usmjeriti na efikasnost psiho-socijalnih intervencija. Smisao psiho-socijalnih intervencija je educirati o biološkim, psihološkim i socijalnim faktorima koji mogu, u nekoj mjeri, zaštititi osobu od somatskih posljedica traumatskih iskustava. To bi ujedno bio način poučavanja oboljelih, njihove okolinu i onih o kojima ovisi podučilo o interaktivnom odnosu između uma i tijela, psihičkog i fizičkog, te da jedno značajno utječe na drugo.

Buduća istraživanja trebala bi dodatno istražiti spolne razlike u manifestaciji somatizacije. Takva istraživanja mogla bi imati socijalne implikacije jer je vjerojatno da spolne razlike, ukoliko zaista postoje, odražavaju društvenu sliku muškaraca i žena. Drugim riječima, bio bi to način osviještavanja populacije da percepcija i ustaljene norme društva također imaju znatne implikacije na mentalno zdravlje, u ovom slučaju patološke.

Nadalje, treba imati na umu da su osobe sa somatizacijom često žrtve seksualnog i/ili fizičkog zlostavljanja. Stoga bi buduća istraživanja, između ostalog, trebala educirati o odnosu između zlostavljanja i somatizacije. Na taj način moglo bi se dodatno senzibilizirati javnost o temi koja je uvijek aktualna.

8. Zaključak

Cilj ovog rada bio je opisati put od traumatskog iskustva do somatizacije. Na tom putu, važnu ulogu mogu imati štetna rana iskustva u djetinjstvu poput bolesti djeteta, bolesti roditelja i/ili trauma u djetinjstvu. Traume u djetinjstvu (fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje te zanemarivanje) zauzimaju posebno važno mjesto u objašnjavanju uzroka somatizacije. Istraživanja pokazuju kako neovisno o obliku zlostavljanja, preživjeli imaju značajno veći broj somatskih simptoma te sklonost ka anksioznosti (Noyes i Stuart, 1999).

Kako bi se bolje razumjele navedene posljedice traume u djetinjstvu, daljnja istraživanja usmjerila su se na ispitivanje mehanizama u pozadini trauma u djetinjstvu koji utječu na somatizaciju u odrasloj dobi. Spomenuti mehanizmi u prvom redu odnose se na nesigurne stilove privrženosti (odbijajući, preokupirajući i bojažljivi), a Stalker i Davies (1995) potvrdili su to svojim istraživanjem uočivši visok postotak nesigurnih stilova privrženosti među osobama koje su u djetinjstvu bile zlostavljane, a u odrasloj dobi manifestirale somatske simptome. Dobiveni rezultati u najvećoj mjeri odnose se na bojažljivi stil privrženosti.

Dalje, istraživanja pokazuju kako ljutnja ima implikacije na povezanost između nesigurne privrženosti i somatizacije. Točnije, sklonost ka ljutnji i potiskivanje ljutnje. Sklonost ka ljutnji objašnjava povezanost između bojažljive privrženosti i somatizacije kod muškaraca, dok potiskivanje ljutnje objašnjava navedenu povezanost kod žena (Cohen i sur., 2011). Dobiveni rezultati imaju važne praktične implikacije u poučavanju strategija upravljanja ljutnjom u svrhu smanjenja somatizacije.

Neki istraživači idu korak dalje navodeći kako se kod osoba sa somatizacijom radi o specifičnom tipu ličnosti pri čemu je poseban naglasak na dimenziji neuroticizma. Iz svega navedenoga, može se zaključiti da su potrebna dodatna istraživanja somatizacije. Predlaže se da se buduća istraživanja prvenstveno usmjere na otkrivanje podrijetla somatizacije u svrhu kvalitetnijeg liječenja, poučavanja oboljelih i njihovih obitelji o psihološkoj pozadini somatizacije te senzibilizaciji društva budući da se nerijetko radi o žrtvama zlostavljanja.

Literatura

Ahern, D. K., Barsky, A. J., Schulz, M. S. i Waldinger, R. J. (2006). Mapping the Road from Childhood Trauma to Adult Somatization: the Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 129-135.

Akins, R. N., Brown, F. W. i Rost, K.M. (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14, 322–326.

Bass, C. i Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 403-427.

Cohen, S., Liu, L., Schulz, M. S. i Waldinger, R.J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationship and styles of anger experience and expression. *Social Science and Medicine*, 11, 1436-1443.

Flowe-Valencia, H., Green, C. R., Rosenblum, L. i Tait, A. R. (2001). The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clinical Journal of Pain*, 17, 359-364.

Freud. S. (1910). *Five Lectures on Psycho-Analysis*. New York: W. W. Norton & Company.

Halligan, S., Seremetis, S. V., Spertus, I. L., Yehuda, R. i Wong, C. M. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27 (11), 1247-1258.

Kaminsky, M. J. i Slavney, P. R. (1976). Methodology and personality in Briquet's syndrome: a reappraisal. *The American Journal of Psychiatry*, 16 (133), 85–88.

Kidd, T. i Sheffield, D. (2005). Attachment style and symptom reporting: examining the mediating effects of anger and social support. *British Journal of Health Psychology*, 10, 531-541.

Lewis, M., Poll, J i Volkmar, F. R. (1984). Conversion reactions in childhood and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 23, 424-430.

Noyes, R. J. i Stuart, S. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40, 34-43.

Stalker, C. A. i Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 234-240.

Wolpert, L. (2009). *Depresija: maligna tuga*. Beograd: ODISEJA.